

Demande de subvention accordée aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales

Le Programme de subventions aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales (SRNOTM) aide les résidents du Nord de l'Ontario admissibles à payer une partie des frais de déplacement qu'ils doivent assumer afin de recevoir des services spécialisés ou de subir une intervention dans un établissement de soins de santé financé par le ministère (p. ex., tomodynamogramme). Les subventions pour frais de transport du ministère dépendent de la distance parcourue pour se rendre chez le médecin spécialiste ou à l'établissement de soins de santé financé par le ministère le plus proche apte à prodiguer les services de santé requis sans retard qui pourrait compromettre la santé du patient.

Veillez envisager la télémédecine au lieu d'un déplacement : le Réseau Télémédecine Ontario (RTO) prend en charge presque toutes les spécialités cliniques et peut permettre aux patients d'éviter de se déplacer. Le formulaire d'aiguillage de RTO se trouve sur le site Web de RTO (Formulaire d'aiguillage de RTO).

Évitez de retarder l'évaluation de votre demande et le versement de votre subvention en remplissant correctement le formulaire. Assurez-vous de fournir votre nom et adresse les plus à jour au ministère de la Santé (MS). Si l'adresse indiquée dans le présent formulaire de demande ne correspond pas à celle dans votre dossier de carte Santé, nous utiliserons le présent formulaire pour mettre votre dossier à jour.

Veillez noter :

- Une demande distincte doit être remplie et transmise par la patiente/le patient pour chaque aller-retour. Envoyez votre demande à : Ministère de la Santé, 159, rue Cedar, 7^e étage, Sudbury ON P3E 6A5
- Le MS doit recevoir votre demande de subvention SRNOTM dans les douze (12) mois qui suivent la date de prestation du service.
- Les demandes de révision ou de réévaluation d'une demande doivent être reçues dans les douze (12) mois qui suivent la date du paiement, du refus d'accorder la subvention ou du renvoi du formulaire au client.
- Les billets ou itinéraires de voyage indiquant le nom des personnes ayant voyagé, les dates de voyage, la destination aller-retour et le prix payé doivent être fournis pour les déplacements en avion, en train ou en autobus de la patiente ou du patient et de la personne qui l'accompagne; toutefois, les itinéraires de voyage sont acceptables si la personne ayant voyagé a utilisé des crédits voyage accumulés auprès d'un transporteur aérien. Veuillez ne pas présenter de reçus pour l'essence ou les repas, puisqu'ils ne sont pas exigés pour le moment et ne seront pas retournés. Toutefois, les reçus doivent être conservés pendant douze (12) mois au cas où nous exigerions une preuve de déplacement à des fins de vérification.
- Si plusieurs patients ou accompagnateurs voyagent dans le même véhicule, une seule subvention sera accordée par voyage aller-retour.
- Pour calculer le montant de la subvention, 100 km seront retranchés de la distance totale du voyage.

Critères d'admissibilité à la subvention pour frais de transport de la patiente ou du patient – La patiente ou le patient doit satisfaire à tous les critères énumérés ci-dessous :

1. Habiter le Nord de l'Ontario dans les districts d'Algoma, Cochrane, Kenora, Manitoulin, Nipissing, Parry Sound, Rainy River, Sudbury, Thunder Bay ou Timiskaming et être titulaire d'une carte Santé valide de l'Ontario à la date de prestation du service.
2. Être aiguillé en Ontario ou vers le Manitoba pour profiter de soins de santé spécialisés ou d'interventions pratiquées dans un établissement de soins de santé qui sont assurés aux termes de la *Loi sur l'assurance-santé*.
3. Devoir parcourir au moins 100 km (dans une direction), à partir du domicile, pour obtenir le service requis auprès du médecin spécialiste ou de l'établissement de soins de santé le plus proche, en Ontario ou au Manitoba.
4. Être aiguillé, par un médecin, un dentiste, un optométriste, un chiropraticien, une sage-femme ou une infirmière praticienne ou un infirmier praticien du Nord avant le déplacement et veiller à ce que cette personne remplisse la section 2 du formulaire.

Remarque : À compter de la date du premier aiguillage ou service, aucun aiguillage supplémentaire n'est nécessaire pour effectuer un déplacement afin de consulter le même spécialiste ou le même établissement.

5. Être aiguillé vers un médecin spécialiste agréé par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) ou un médecin de Winnipeg (Manitoba) inscrit au Manitoba Health Specialist Register et autorisé à percevoir des honoraires de spécialiste OU être aiguillé vers un médecin titulaire d'un certificat d'agrément de spécialiste délivré par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) dans une spécialité médicale ou chirurgicale reconnue, autre

que la médecine familiale ou générale, ou un établissement de soins de santé financé par le ministère. Pour vérifier si un spécialiste est agréé par le CRMCC, allez sur le site www.royalcollege.ca et suivez les directives. Communiquez avec le Programme de SRNOTM pour savoir si l'établissement est reconnu comme un établissement de soins de santé financé par le ministère.

6. Confirmer que les frais de transport ne sont pas payés par un autre programme ou organisme comme la CSPAAT, le SSNA (le Programme des services de santé non assurés pour les peuples des Premières Nations, les Inuits ou les Métis admissibles) ou une assurance privée (p. ex. responsabilité civile). Prière de communiquer avec le Programme de SRNOTM afin d'obtenir des renseignements supplémentaires.

Critères d'admissibilité à l'allocation d'hébergement – une patiente ou un patient doit satisfaire à tous les critères suivants afin d'être admissible à l'allocation d'hébergement :

1. La patiente ou le patient satisfait aux critères d'admissibilité à la subvention pour frais de transport énoncés ci-dessus : numéros 1, 2, 4, 5 et 6.
2. La patiente ou le patient a parcouru au moins 200 km (aller seulement) entre son lieu de résidence et le spécialiste ou l'établissement de soins de santé le plus proche en Ontario ou au Manitoba qui est capable de fournir les services de santé couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario qui sont requis.
3. La patiente ou le patient a présenté l'original des reçus (p. ex. les reçus officiels d'hôtel) pour justifier les frais d'hébergement. Les patients âgés de moins de 18 ans peuvent soumettre un reçu fait au nom d'un parent ou d'un tuteur.

Remarque : Les patients peuvent être admissibles à une allocation d'hébergement supplémentaire s'ils ont dû s'héberger à l'extérieur de leur ville pendant plus d'une nuit pour obtenir des soins de santé spécialisés ou subir des interventions pratiquées dans un établissement de soins de santé. Cette allocation par déplacement sera établie comme suit :

- 100 \$ par nuit jusqu'à concurrence de deux nuits d'hébergement
- 250 \$ pour trois nuits d'hébergement
- 500 \$ pour 4 à 7 nuits d'hébergement
- 550 \$ pour 8 nuits d'hébergement ou plus

Remarque : Les services offerts par les établissements de soins de santé financés par le ministère comprennent des services qui sont directement et indirectement financés par le MS.

Directives supplémentaires :

Section 1 : Doit être remplie en entier par la patiente ou le patient.

Si la patiente ou le patient est un enfant âgé de moins de 16 ans, la mère, le père ou la tutrice ou le tuteur de l'enfant peut remplir et signer le formulaire au nom de l'enfant. Si la patiente ou le patient est âgé(e) de 16 ans ou plus, mais est incapable de donner son consentement, une ou un mandataire spécial peut remplir et signer le formulaire au nom de la patiente ou du patient. Les personnes suivantes peuvent agir comme mandataire spécial d'une patiente ou d'un patient :

- une tutrice ou un tuteur qui est autorisé à prendre des décisions au nom de la patiente ou du patient;
- une personne qui détient une procuration relative au soin de la personne et qui est autorisée à prendre des décisions au nom de la patiente ou du patient;
- une représentante ou un représentant désigné par la Commission du consentement et de la capacité et qui est autorisé à donner le consentement;
- la conjointe, le conjoint ou la ou le partenaire;
- un enfant, un parent, une société d'aide à l'enfance ou toute autre personne autorisée à donner ou à refuser le consentement;
- une mère ou un père ayant uniquement un droit de visite;
- un frère ou une sœur;
- d'autres membres de la parenté.

Pour obtenir des renseignements plus précis au sujet d'un mandataire spécial, veuillez communiquer directement avec le Programme de SRNOTM (voir les coordonnées ci-dessous).

Remarque : Si vous disposez de renseignements supplémentaires pour appuyer une révision de votre demande par le Comité d'examen interne du Programme de SRNOTM, veuillez les transmettre au bureau du Programme de SRNOTM à l'adresse suivante :

Direction des services pour les demandes de règlement du Comité d'examen interne du Programme de subventions aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales

SRNOTM
Comité d'examen
Direction des services pour les demandes de règlement
159, rue Cedar, 7^e étage
Sudbury ON P3E 6A5

S'il y a des circonstances médicales exceptionnelles se rapportant à votre voyage, veuillez fournir une lettre d'appui expliquant ces circonstances rédigée par le fournisseur de services du Nord qui vous aiguille.

Section 2 : Le médecin du Nord qui aiguille la patiente ou le patient remplit cette section au complet. (les médecins doivent utiliser le code de frais K036)

Remarque : En ce qui concerne les demandes relatives au Programme d'appareils et accessoires fonctionnels (PAAF), où le patient est orienté vers un établissement pour l'appareillage, des ajustements ou des réparations d'orthèses ou de prothèses approuvées par le PAAF, les deux critères suivants doivent être satisfaits :

- 1) le fournisseur a un numéro d'autorisateur; et
- 2) le transport concerne un appareil approuvé par le PAAF.

Section 3 : Le médecin spécialiste ou le fournisseur de services de l'établissement de soins de santé remplit cette section au complet. (les médecins doivent utiliser le code de frais K036)

Remarque : Pour les soins reçus le 1^{er} novembre 2017 ou par la suite, le médecin spécialiste ou le fournisseur de services/intervention de l'établissement de soins de santé indiquera pendant combien de nuits la patiente ou le patient a dû s'héberger pour recevoir les soins de santé. Consultez notre site Web pour obtenir de plus amples renseignements.

Section 4 : Préférences en matière de paiement :

Il s'agit d'une section obligatoire qui doit être remplie afin de déterminer la préférence en matière de paiement pour les patients, tiers et accompagnateurs (le cas échéant). Si cette section obligatoire n'est pas remplie, un chèque constituera le mode de paiement par défaut.

Section 5 : Si une subvention pour accompagnatrice ou accompagnateur est demandée, l'accompagnatrice ou l'accompagnateur remplit cette section en entier.

Critères d'admissibilité à la subvention pour accompagnatrice ou accompagnateur – Une subvention pour accompagnatrice ou accompagnateur peut être accordée lorsque tous les critères énumérés ci-dessous sont satisfaits :

1. La patiente ou le patient satisfait aux critères d'admissibilité à la subvention pour frais de transport énumérés ci-dessus
2. La patiente ou le patient est âgé de moins de 16 ans à la date de la prestation du service ou, de l'avis du médecin qui fait la recommandation, la patiente ou le patient est incapable de voyager sans être accompagné(e). Le médecin doit indiquer ce renseignement dans la partie 2 de la demande, avant le déplacement de la patiente ou du patient.
3. L'accompagnatrice ou l'accompagnateur doit être âgé de 16 ans ou plus.
4. L'accompagnatrice ou l'accompagnateur doit accompagner la patiente ou le patient et payer son propre billet si le déplacement est effectué en avion, en train ou en autobus.

S'il s'agit d'un déplacement aller-retour en voiture, la moitié de la subvention peut être payée à la patiente ou au patient, et l'autre moitié peut être payée à l'accompagnatrice ou l'accompagnateur.

Section 6 : Si la patiente ou le patient a reçu une avance de fonds, l'organisme tiers (p. ex., Société canadienne du cancer, Fondation canadienne du rein) remplit cette section.

Remarque : Si certains frais de déplacement, y compris une subvention de déplacement ou une allocation d'hébergement, ont été couverts à l'avance par un organisme tiers approuvé, le paiement auquel une patiente ou un patient est admissible sera fait à l'organisme tiers. Prière de communiquer avec le Programme de SRNOTM afin d'obtenir des renseignements supplémentaires.

Envoyez votre demande à :

Programme SRNOTM du MS
159, rue Cedar, 7^e étage
Sudbury ON P3E 6A5

Informations sur le Programme de SRNOTM :

Ouvert de 8 h 30 à 17 h, du lundi au vendredi, sauf les jours fériés. Pour de plus amples renseignements, composez le 1-800-262-6524 ou visitez le <http://www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/ohip/northern.aspx>

Avis Le ministère ne peut procéder au traitement de votre demande à moins que vous (ainsi que votre accompagnatrice ou accompagnateur, le cas échéant) fournissiez les renseignements personnels demandés dans les sections 1 à 5 du formulaire de demande. Le ministère a besoin de ces renseignements afin d'assurer l'administration adéquate du Programme de SRNOTM et il les utilisera et pourrait les divulguer afin de déterminer votre admissibilité et de traiter votre demande. Si vous (ainsi que votre accompagnatrice ou accompagnateur, le cas échéant) ne consentez pas à ce que le ministère recueille, utilise ou divulgue ces renseignements, le ministère ne sera pas en mesure de traiter votre demande. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le chef du Programme de SRNOTM à l'adresse ci-dessus ou au 1-800-262-6524.

Remarque : Les services offerts par les établissements de soins de santé financés par le ministère comprennent des services qui sont directement et indirectement financés par le MS.

Demande de subvention accordée aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales

À l'usage du ministère – Ne rien écrire ici

Veillez écrire lisiblement en lettres moulées. Assurez-vous de remplir les DEUX côtés du présent formulaire. Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.

Section 1. Renseignements sur la patiente ou le patient (veuillez consulter les directives pour obtenir d'autres renseignements)

Nom de famille		Prénom		Numéro de carte Santé	
Date de Naissance (aaaa/mm/jj)	Numéro de téléphone (domicile)	Numéro de téléphone (bureau)		Code payeur K036	

Adresse postale (si différente de celle indiquée ci-dessus) CP, RR, Site

Ville		Province	Code postal
-------	--	----------	-------------

Adresse postale (si différente de celle indiquée ci-dessus) CP, RR, Site

Ville		Province	Code postal	Correspondance désirée <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français
-------	--	----------	-------------	--

Type de moyen de transport

Voiture (reçus non exigés)	<input type="checkbox"/> Aller simple	<input type="checkbox"/> Aller-retour
Transporteur commercial (original des billets ou des talons exigés)	<input type="checkbox"/> Avion	<input type="checkbox"/> Train <input type="checkbox"/> Autobus
Ambulance	<input type="checkbox"/> Aller simple	<input type="checkbox"/> Aller-retour
Nombre de nuits pendant lesquelles le patient ou la patiente a dû s'héberger pour recevoir les soins de santé :	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 nuits ou +

Les frais de déplacement de la patiente ou du patient sont-ils remboursés par un autre programme ou organisme?

Non Oui, CSPAAT Oui, assurance privée (p. ex., responsabilité civile) Oui, SSNA - Programme des services de santé non assurés pour les peuples

En remplissant et en signant le présent formulaire, je consens à ce que le ministère recueille, utilise et divulgue les renseignements personnels sur la santé que j'ai fournis sur le présent formulaire afin de traiter ma demande au Programme de SRNOTM et pour déterminer mon admissibilité, vérifier la conformité et les paiements effectués dans le cadre du programme et assurer le contrôle, la prévention et le recouvrement de tout paiement non autorisé d'une subvention accordée en vertu du programme. Je comprends que le ministère peut utiliser et divulguer ces renseignements, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.

J'atteste par la présente que je suis :

la patiente ou le patient le parent d'un patient de moins de 16 ans le mandataire spécial de la patiente ou du patient (voir les directives)

Signature
Section 2. Renseignements sur le médecin du Nord qui fait l'aiguillage

Nom du médecin qui fait l'aiguillage		Initiales	Numéro du médecin	Spécialité
Nom du médecin spécialiste ou de l'établissement vers lequel la patiente ou le patient a été aiguillé(e)		N° de téléphone du médecin qui fait l'aiguillage		
Municipalité vers laquelle la patiente ou le patient a été aiguillé(e)	La consultation a-t-elle eu lieu dans le Nord de l'Ontario? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	N° de télécopieur du médecin qui fait l'aiguillage		

 L'aiguillage est-il fait vers le médecin spécialiste ou l'établissement capable d'offrir le service exigé le plus près de la région où habite le patient? Oui Non. Veuillez préciser _____

 J'atteste, selon mon opinion professionnelle, que la patiente ou le patient est incapable de voyager sans accompagnement.
Signature du médecin qui fait l'aiguillage

 J'atteste que les renseignements fournis dans la présente partie sont exacts.
Section 3 Renseignements sur le médecin spécialiste ou le fournisseur de services de l'établissement de soins de santé

Nom du spécialiste ou fournisseur de services		Initiales	Désignation professionnelle (le cas échéant)	Numéro du médecin	Spécialité
---	--	-----------	--	-------------------	------------

Nom de l'hôpital ou de l'établissement où le service a été fourni (le cas échéant) Ville dans laquelle le service a été fourni

Nature du service fourni	Date de prestation du service (aaaa/mm/jj)
<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Intervention <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Visite de suivi <input type="checkbox"/> Autre	

 Ce service médical est-il couvert par l'Assurance-santé? Non Oui

 Ce service se rapporte-t-il à la CSPAAT? Non Oui

 Ce service médical se rapporte-t-il à un appareil autorisé par le PAAF? Non Oui (indiquer le n° de fournisseur du PAAF) _____

Demande de subvention accordée aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales

À l'usage du ministère – Ne rien écrire ici

Ce service médical est-il fourni dans le cadre du Programme de traitement des fissures labiales et palatines?

Non Oui (indiquez le numéro du programme) _____

Nombre de nuits pendant lesquelles le patient ou la patiente a dû s'héberger pour recevoir les soins de santé :

1 2 3 4 5 6 7 8 nuits ou +

J'atteste que les renseignements fournis dans la présente partie sont exacts.

Signature du médecin spécialiste ou du fournisseur de

Numéro de téléphone

Numéro de fax

Section 4. Préférence de paiement (obligatoire) * *

Les paiements de la SRNOTM se font plus efficacement à l'aide du dépôt direct des fonds dans votre compte bancaire. Si vous choisissez de recevoir votre paiement par dépôt direct, vous devez fournir un formulaire de demande de dépôt direct délivré par votre institution bancaire avec votre demande.

Remarque : Si vous choisissez de ne pas recevoir votre subvention par dépôt direct, un chèque vous sera envoyé par courrier ordinaire

Inscription des patients et d'un organisme tiers au dépôt direct (obligatoire) *

Souhaitez-vous recevoir votre subvention par dépôt direct dans votre compte bancaire? Oui Non

Si vous avez répondu « Oui » au dépôt direct, veuillez inclure un formulaire de demande de dépôt direct ou un spécimen de chèque avec votre demande de subvention SI :

- C'est la première fois que vous choisissez de recevoir un paiement de subvention par dépôt direct

ou

- Les renseignements sur votre compte bancaire que vous avez fournis antérieurement ont changé depuis le dernier paiement de subvention que vous avez reçu par dépôt direct.

Inscription de la personne accompagnatrice au dépôt direct *

Souhaitez-vous recevoir votre subvention par dépôt direct dans votre compte bancaire? Oui Non

Si vous avez répondu « Oui » au dépôt direct, veuillez inclure un formulaire de demande de dépôt direct ou un spécimen de chèque avec votre demande de subvention.

Accompagnateurs Seulement : Les accompagnateurs qui désirent recevoir leur paiement par dépôt direct **DOIVENT** transmettre un NOUVEAU formulaire de demande de dépôt direct ou spécimen de chèque chaque fois qu'ils présentent une demande.

Section 5. Renseignements sur la personne accompagnatrice (le cas échéant)

Nom de famille

Prénoms

Identique à l'adresse du patient

Adresse postale

Ville

Province

Code postal

Type de moyen de transport

Voiture (reçus non exigés)

Aller simple Aller-retour

Transporteur commercial (original des billets ou des talons exigés)

Avion Train Autobus

Ambulance

Aller simple Aller-retour

J'atteste par la présente que j'ai au moins 16 ans et que j'ai accompagné la patiente ou le patient susnommé(e).

Les renseignements personnels que vous fournissez sur le présent formulaire de demande sont nécessaires pour assurer l'administration adéquate du Programme de SRNOTM. Le ministère pourrait utiliser et divulguer ces renseignements aux fins décrites à la section 1 ci-dessus. Pour toute question à ce sujet, veuillez communiquer avec le chef du Programme de SRNOTM, au 159, rue Cedar, 7^e étage, Sudbury ON P3E 6A5, ou au 1-800-262-6524

Signature de la personne accompagnatrice

Numéro de téléphone

Section 6. Avance de fonds par une société ou un organisme tiers (le cas échéant)

Nom de la société ou de l'organisme

Numéro de code

Adresse postale

Municipalité

Province

Code postal

Je demande au Programme de SRNOTM de verser la subvention relative à mes frais de transport à la société ou l'organisme dont le nom est indiqué ci-dessus

Signature de la patiente ou du patient, de la mère ou du père, ou de la ou du mandataire spécial de la patiente ou du patient (voir les directives)

Numéro de téléphone

poste.